Rok XLVI. Kraków, dnia 9 listopada 1907. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału I. B) chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rzut oka na przypadki duru brzusznego w ubiegłem dziesięcioleciu.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

Przypadki duru brzusznego *(typhus abdominalis)* zajmowały w ubiegłem dziesięcioleciu, t. j. w czasie od 1. VI. r. 1897 do 1. VII. r. 1907 niepoślednie miejsce w rzędzie chorób, leczonych na oddziale I. B) krajowego szpitala św. Łazarza. Na ogólną ilość chorych 18,671 (9,259 m., 9,412 k.) stwierdzono dur brzuszny 385 razy (u 194 m., 191 k.), t. j. 2,06%. Największa ilość przypadała na rok 1897, 1900, 1901, 1903 i 1907, a najmniejsza na rok 1902, 1904 i 1906, skoro:

w roku		rozpoznano dur brzuszny w przypadkach	m.	k.	na chorych	m.	k.	t. j. %
1897	(od 1. VI.)	29	(11	18)	1,085	(490	595)	2,6
1898	»	38	(21	17)	1,923	(955	968)	1,9
1899	»	37	(24	13)	1,839	(935	904)	2,01
1900	»	48	(23	25)	1,776	(881	895)	2,6
1901	»	49	(17	32)	1,888	(960	928)	2,6
1902	»	24	(14	10)	1,771	(888	883)	1,3
1903	»	45	(18	27)	1,928	(903	1,025)	2,3
1904	»	24	(16	8)	2,125	(1,027	1,098)	1,3
1905	»	37	(20	17)	1,632	(786	846)	2.2
1906	»	24	(17	7)	1,742	(922	820)	1,3
1907	(do 1. VII.)	30	(13	17)	962	(512	450)	3,1

Przeważnie na dur brzuszny zapadały osoby między 13. a 30. rokiem życia (zwłaszcza w wieku od 20—30 lat); mniej między 30. a 40. rokiem życia. W miarę późniejszego wieku przypadki duru brzusznego coraz rzadziej się pojawiały; najstarsza chora liczyła lat 75 (wyzdrowiała). Poniżej zamieszczone zestawienie rzecz bliżej wyjaśnia:

Od 13—20 l. zachor. na d. brz. osób	110	(69 m.,	41 k.)	tj. 28,5%
» 20—30 » » » » » »	165	(73 »	92 »)	» 42,8 »
» 30—40 » » » » » »	75	(37 »	38 »)	» 19,4 »
» 40—50 » » » » » »	24	(10 »	14 »)	» 6,2 »
» 50—60 » » » » » »	6	(1 »	5 »)	» 1,6 »
» 60—70 » » » » » »	4	(4 »	0 »)	» 1,06 »
» 70—75 » » » » » »	1	(0 »	1 »)	» 0,2 »

Najwięcej zgłosiło się chorych do szpitala w miesiącach letnich i jesiennych, tudzież w styczniu; natomiast w lutym, marcu, kwietniu, maju i czerwcu — ilość chorych na dur brzuszny bywała znacznie mniejsza i utrzymywała się prawie w tej samej mierze, gdyż:

w styczniu	znajdowało się	w leczeniu	szpit.	(15 m.,	17 k.)	32
w lutym	»	»	»	»	(7 »	13 »)	20
w marcu	»	»	»	»	(9 »	12 »)	21
w kwietniu	»	»	»	»	(12 »	10 »)	22
w maju	»	»	»	»	(17 »	5 »)	22
w czerwcu	»	»	»	»	(15 »	9 »)	24
w lipcu	»	»	»	»	(22 »	21 »)	43
w sierpniu	»	»	»	»	(25 »	22 »)	47
w wrześniu	»	»	»	»	(24 »	29 »)	53
w październiku	»	»	»	»	(19 »	17 »)	36
w listopadzie	»	»	»	»	(20 »	20 »)	40
w grudniu	»	»	»	»	(9 »	16 »)	25

Okoliczność tę łatwo wytłómaczyć teoryą przyrzutową, kontagionistyczną, ze względu na sposób szerzenia się prątka Eberth-Gaffkyego.

Chorzy na dur brzuszny pochodzili z 97 miejscowości zakażonych; przeważnie jednak z Krakowa (156 chorych t. j. 75 m., 81 k.), lub z najbliższych okolic Krakowa (155 chorych t. j. 84 m., 71 k.), tylko 74 (35 m., 39 k.) chorych było mieszkańcami gmin odleglejszych. Należy też podnieść, iż w ostatnich 2 latach ilość chorych na dur brzuszny z miasta Krakowa niepomiernie się zmniejszyła z powodu korzystniejszych warunków higienicznych przez zaprowadzenie wodociągów i zaopatrzenie mieszkańców w lepszą wodę do picia. Gdy w poprzednich latach rokrocznie leczono na dur brzuszny z samego Krakowa 17—22 chorych, to w r. 1906 ilość ich ograniczyła się do 10, a w r. 1907 spadła do 8.

Z wyjątkiem 11 chorych, należących do ludzi o wyższem zawodowem wykształceniu lub do młodzieży uczącej się (ksiądz, sędzia, inżynier, artysta dramatyczny, nauczycielka, 6 uczniów gimnazyalnych), wszyscy inni zaliczali się do klasy, stojącej na nizkim stopniu inteligencyi. W 43,1% chorzy rekrutowali się ze stanu robotniczego i wyrobniczego (168 t. j. 82 m., 86 k.); w 22,5% ze służących (83 t. j. 16 m., 67 k.); w 5,8% z rolników (22 t. j. 13 m., 9 k.); w 3,2% z zawodu piekarskiego; w 2,6% z zawodu kowali i ślusarzy; dalej 2,4% szewców, 2,1% szwaczek, 1,8 konduktorów kolejowych, 1,3% murarzy, kramarzy, stolarzy, kamieniarzy, 1,06% szynkarzy i kelnerów, kotlarzy, blacharzy, stróżów domowych, 0,8% tercyanów szkolnych, malarzy pokojowych, szklarzy, drukarzy, aresztantów; 0,2% t. j. w sporadycznych przypadkach nie brakło przedstawicieli

zawodu cukierniczego, kucharskiego, powroźniczego, kominiarskiego, bednarskiego, siodlarskiego, a nawet mamki, włóczęgi i prostytutki. Zauważyć należy, iż nikt ze służby szpitalnej nie zachorował na dur brzuszny; natomiast względnie często, gdyż u 12 chorych t. j. 3,2% można było wykazać zatrudnienie w piekarni.

Chorzy przyjęci do szpitala z durem brzusznym znajdowali się przeważnie w pierwszych dwóch tygodniach choroby. Według zestawienia stwierdzono w chwili przyjęcia:

I tydzień	choroby	u	130	chorych	(64 m., 66 k.)
II	»	»	126	»	(68 » 58 «)
III	»	»	76	»	(31 » 45 «)
IV	»	»	46	»	(28 » 18 «)
V—VIII	»	»	7	»	(3 » 4 «)

Przebieg kliniczny w przeważnej liczbie przypadków miał cechy, właściwe durowi brzusznemu: znamienne odurzenie, suchość języka, obrzęk śledziony, bolesność w okolicy kiszki ślepej. Pod koniec 10—14 dnia występowała w 78% osutka guzkowa w różnem nasileniu na brzuchu, rzadziej na klatce piersiowej; dość rzadko (12%) stwierdzano osutkę plamistą obok guzkowej, a dwa razy tylko (0,8%) osutkę z charakterem wybroczynowym. Również między 10. a 14. dniem znamienne stolce podobne do grochowianki, dopełniały obrazu chorobowego. W nielicznych względnie przypadkach rzecz miała się inaczej. Najdłuższy okres chorobowy, uwzględniając stan gorączkowy w całości, t. j. w czasie pobytu w domu i szpitalu wynosił 90 dni; najkrótszy 11 dni; średnio około 20 dni. W czasie pobytu w szpitalu trwała gorączka najdłużej 70 dni, najkrócej 5 dni, a średnio około dni 14.

W czasie spostrzegania szpitalnego ciepłota ciała przeważnie wahała się pomiędzy 39—40° C.; w 21 przypadkach (10 m., 11 k.) od 40,5—40,6° C,; w 3 zaledwie przypadkach (1 m., 2 k.) dochodziła do 41° C. i 41,5° C. (przypadki te zakończyły się wyzdrowieniem).

Tętno prawie zawsze miało cechy, właściwe durowi brzusznemu, gdyż prawie zawsze przy gorączce 39—40° C. wynosiło około 90—96 uderzeń na minutę. Zwłaszcza po zastosowaniu lekkiego środka przeczyszczającego, jak olejku rącznikowego, można było następnego dnia zauważyć spadek tętna, n. p. z 112—120 na 96. W rzadkich stosunkowo przypadkach, gdzie tętno było nitkowate i nie wyrównało się w pierwszych dniach pobytu w szpitalu, następowało zejście śmiertelne wśród objawów porażenia serca. Dwubitność tętna *(dicrotismus)* zauważyć można było zaledwie u 48 chorych (27 m., 21 k.) t. j. 12,4% i to w II. i z początkiem III. tygodnia duru brzusznego. Natomiast częściej, niż to bywa podawane, spostrzegano znaczny niestosunek między ciepłotą ciała, a liczbą tętna. U 5 chorych (1 m., 4 k.) przy ciepłocie ciała 40,5° C. tętno wynosiło 90 uderzeń na minutę; w jednym przypadku u kobiety, tętno przy 40° C. wynosiło 72. Bardzo znaczne zwolnienie tętna *(bradycardia)* spostrzegano w 30 przypadkach duru brzusznego (23 m., 7 k.) t. j. 7,7%; przyczem w 26 przypadkach występowało ono albo pod koniec choroby lub też w okresie zdrowienia i wynosiło od 50—60 uderzeń na minutę. W 4 przypadkach (3 m., 1 k.) zwolnienie tętna pojawiło się ku końcowi I. i na początku II. tygodnia t. j., w 7, 8, 9, 10 dniu choroby, a liczba tętna przez cały czas choroby wahała się naówczas od 40—60 (wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie).

Zwolnienie tętna zauważano zwłaszcza często w ostatniej epidemii duru brzusznego w roku 1907. W przebiegu zwolnienia tętna nie można było stwierdzić objawów, przemawiających za podrażnieniem opon mózgowych; w jednym tylko przypadku, u mężczyzny, zwolnienie tętna zauważono po przebytem obustronnem ropnem zapaleniu ucha środkowego z następowem przedziurawieniem błony bębenkowej i ropotokiem usznym. Zwolnienie tętna w przebiegu duru brzusznego należało odnieść do zadziałania niezwykle złośliwego jadu durowego na ośrodki nerwowe w mięśniu sercowym. Przemawia za tem okoliczność, iż podczas epidemii w r. 1907 bardzo złośliwej (śmiertelność wynosiła 26,6%, śmierć następowała w I. i II. okresie chorobowym jedynie tylko przez porażenie serca) zwolnienie tętna było bardzo częstym objawem klinicznym.

Niezwykłe powikłanie w przebiegu duru brzusznego stanowiły świeże zmiany zapalne na błonach sercowych w 4 przypadkach (2 m., 2 k.) t. j. 1,06%, a mianowicie: 1) Zapalenie ograniczone osierdzia *(pericarditis sicca)* u mężczyzny 22-letniego w 21. dniu choroby. 2) Zmiany świeże zapalne na zastawce dwudzielnej *(endocarditis recens mitralis)* u mężczyzny 42-letniego w 16. dniu choroby. 3) Zmiany świeże zapalne na zastawkach tętnicy głównej i dwudzielnej *(endoc. recens aortica et mitralis)* u naczycielki w 28 dniu choroby. 5) Zapalenie świeże zastawki dwudzielnej i trójdzielnej *(endoc. subacuta recens mitralis et tricuspidalis)* u kobiety 48-letniej. Pojawienie się zmian zapalnych świeżych na błonach sercowych świadczyło o ciężkiem nasileniu duru brzusznego. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie prócz ostatniego. Chora zmarła w 10. dniu spostrzegania klinicznego, a protokół oględzin pośmiertnych pokrótce opiewa: *Ileotyphus in stadio ulcerationis. Tumor lienis ac. Degeneratio parenchymatosa ac. myocardii, hepatis, renum. Endocarditis verrucosa recens, mitralis et tricuspidalis (praecipue mitralis). Cystitis catarrhalis ac. Dilatatio vesicae urinariae. Pneumonia hypostatica sin.* W przypadku tym przez cały czas spostrzegania klinicznego tętno było nitkowate, ciepłota ciała wahała się od 30—40° C.; w 10. dniu choroby na wargach wystąpiły opryszczki *(herpes labialis)*. Na szczególniejszą uwagę zasługuje przypadek, dotyczący nauczycielki 22-letniej, u której w przebiegu bardzo ciężkiego duru brzusznego w 28. dniu choroby wśród silnych dreszczów, gorączki 41,5° C. wystąpiły objawy zajęcia zastawek aorty i ujścia żylnego lewego. Chora odtąd gorączkowała wysoko o typie przerywanym przez sześć tygodni; tętno utrzymywało się około 132 uderzeń na minutę. W kilka dni po stwierdzeniu zapalenia na zastawkach, wystąpiła u niej na powłokach brzusznych zgorzel, ograniczona do skóry, w kształcie motyla, a następnie dołączył się skrzep w żyle udowej lewej, co przeciągnęło sprawę chorobową do 3 miesięcy. Chora zupełnie wyleczona opuściła szpital.

Jako powikłanie ze strony narządu krążenia przy osłabionej akcyi serca, należy podnieść zakrzep żyły udowej w następstwie zapalenia *(thrombophlebitis)* u 6 chorych (1,3%) i to u 2 m. 1 k. zapalenie żyły udowej prawej, a u 1 m. i 2 k. zapalenie żyły udowej lewej. Zapalenie żyły udowej wystąpiło u 5 chorych (3 m., 2 k.) między 17. a 40. dniem choroby, trwało 4—6 tygodni, i zakończyło się pomyślnie. U jednej

kobiety nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów pęknięcia wrzodu jelitowego, a sekcya stwierdziła prócz tego dawne zmiany skrobiowate w nerkach i śledzionie. (C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy.)

Wspomnę jeszcze o jednym typie przetok ropno-kałowych okolicy kątniczej. Powstają one wskutek szczególnej, w piśmiennictwie niejednokrotnie zaznaczanej, skłonności raka kątnicy do wytwarzania ropni (Körte, Schloffer). Wewnątrz nacieku nowotworowego powstaje ognisko ropne, które najczęściej bardzo powoli, wśród stanu podgorączkowego, poprzez istniejące już zrosty nowotworowe lub powodując zapalne zrosty ze ścianą brzuszną przednią, przebija się na zewnątrz. Trudności rozpoznawcze mogą być wtedy znaczne, gdyż nawet badanie mikroskopowe cząstek wyskrobanych nie wyjaśnia obrazu choroby. Rozpoznanie chylić się będzie przeważnie ku sprawie zapalnej okołowyrostkowej, lub gruźlicy. Podług Körtego, skąd ten obraz czerpię, ma być charakterystycznem dla trafnego rozpoznania stwierdzenie wprowadzonym przez przetokę palcem swoistej twardości ścian jamy ropnia.

Przypadki pomyślnej resekcyi kątnicy w takim stanie wraz z częścią ściany brzusznej są opisane (Körte, Matlakowski — przypadek bez przetoki, ale niemal w przeddzień jej powstania).

Do resekcyi kątnicy może dać powód także odbyt sztuczny kątniczy, jak to ilustruje nasz jeden przypadek. Chora poza kliniką przebyła drogą cięcia brzusznego zabieg ginekologiczny, po którym powstała przetoka kałowa. Przetoka stopniowo zamieniła się w odbyt przez bliznowate przyciąganie ku dość dużemu wylotowi tylnej ściany jelita. Próby zmiażdżenia t. zw. ostrogi zapomocą kentrotrybu były bezskuteczne, z powodu zbyt tępego kąta, przez jej ściany wytworzonego. Przy zabiegu rozplątanie ogromnie powikłanych i pozrastanych jelit stało się możliwem dopiero wtedy, gdy wskutek pooddzielania krezki usunięcie większego odcinka jelit stało się już nieuniknionem. Oględziny preparatu wykazały, że usunięto część jelita biodrowego, całe ślepe z odbytem na niem i część okrężnicy wstępującej.

Przechodzimy do tak zwanych przewlekłych nacieków jako wskazania do resekcyi kątnicy. W piśmiennictwie dawniejszem ten rodzaj wskazania spotykamy stale (Machard 5 na 145), później uwidocznia się uzasadnione niedowierzanie. Körte n. p. wyraża powątpiewanie co do istnienia wogóle tej postaci chorobowej, odnosząc przypadki opisane do niewykrytej gruźlicy, lub promienicy. Takie stany mogą jednak istnieć, jak dowodzą 2 nasze przypadki. W jednym powodem było 35 pestek ze śliwek, które uwiązłszy w kątnicy, spowodowały odleżyny na śluzówce, bliznowate zwężenie przy ich gojeniu się i dokoła zrosty zapalne. W drugim przypadku, klinicznie nasuwającym myśl o gruźlicy, szeroko otaczał twardy i zwężający światło jelita naciek podstawę wyrostka robaczkowego w ścianie kątnicy; sam wyrostek był zamieniony w niedrożną ku jelitu ślepemu torbiel ropną *(empyema)*. Badanie mikroskopowe nie wykazało nic, prócz nacieczenia zapalnego o charakterze przewlekłym.

Sprawa zwężeń jelitowych na tle przymiotu wogóle nie należy do rozstrzygniętych. N. p. Hartman jest skłonny przewidywać przeniesienie conajmniej większości przypadków zwężeń, uchodzących dotychczas za przymiotowe (np. w odbytnicy) do grupy schorzeń gruźliczych. Natomiast Brunner usiłuje ustalić obrazy anatomo-patologiczne i kliniczne schorzeń swoiście przymiotowych, przebiegających pod postacią zwężeń, potwierdzone badaniem mikroskopowem i skutecznością leczenia przeciwkiłowego. Rozpoznanie trafne chyba wyjątkowo będzie możliwe. Brunner przytacza zaledwie 2 przypadki, operowane z powodu przymiotowego zwężenia kątnicy. W jednym (Riedel) usunięto zwężenie i założono odbyt sztuczny (zejście śmiert.), w drugim (Vautrin) — resekcya jednoczasowa (wyzdr.).

Uważam za właściwe usprawiedliwić się w paru słowach, dlaczego odstąpiłem od szablonu i nie umieszczam w moim zarysie rozdziału: »rozpoznanie, wzgl. rozpoznanie różniczkowe«. Powody są dość już wyraźne z tego, co pisałem wyżej: — nigdy prawie nie możemy być pewni, że postawione naprzód rozpoznanie anatomiczne wyrokiem mikroskopu lub obrazu podczas zabiegu nie zostanie skreślone. To, co mówię, odnosi się nawet do tak pozornie samoistnego i odrębnego swą postacią schorzenia, jak wgłobienie. Miejmy odwagę powiedzieć sobie, że przy dotychczasowych sposobach badania nie wyjdziemy poza rozpoznanie kliniczne: »guz«, względnie, »zwężający guz kątniczy«. Poniżej zobaczymy, że nawet takie rozpoznania, o ile chorego widzimy po raz pierwszy już z objawami niedrożności lub silnego zwężenia, nie raz postawić będziemy mogli dopiero po cięciu brzusznem. Odróżnianie od spraw chorobowych innych narządów albo będzie ogromnie łatwe (spotykamy n. p. rozważanie autorów o odróżnieniu od nerki ruchomej!) albo również możliwe dopiero przy zabiegu. Pozwoliłem sobie postawić zasadę, że wszelki »guz kątniczy«, naturalnie nie znikający po dokładnem przeczyszczeniu (zatwardzenie, skupienia kałowe) już sam przez się stanowi rozpoznanie, dostatecznie usprawiedliwiające wkroczenie chirurga. Nie mówię tu o ostrych sprawach okołowyrostkowych, których wyłączenie, szczególnie w okresie podostrym, może czasem nasunąć poważne trudności.

Przeciwwskazania.

Przeciwwskazania do resekcyi kątnicy dzielimy na takie, które określamy przed zamierzonym zabiegiem i na występujące dopiero po otworzeniu jamy brzusznej. Do pierwszych należy przedewszystkiem zły stan ogólny chorego. Nie mogę zaprzeczyć, że w ocenie stanu ogólnego z natury rzeczy panować będzie pewna dowolność, zależna od doświadczenia osobistego każdego chirurga i wreszcie od wyniku walki wewnętrznej pomiędzy chęcią niesienia za wszelką cenę ratunku skazanemu człowiekowi, a niechęcią do t. zw. »psucia sobie statystyki«. Zaznaczę, że dzięki postępom techniki wogóle i techniki znieczulania w postaci znieczulania lędźwiowego w szczególności ilość cierpiących, oznaczo-

nych fatalnem »noli tangere« dąży ku zmniejszeniu się. Późne, wyżej już wspomniane, zgłaszanie się chorych z guzami kątnicy do chirurga (a w naszych ziemiach niestety często jeszcze późniejsze, niż na zachodzie), bardzo powolne, ale głęboko podkopujące siły chorego cierpienie, nieraz postawi nam przed oczami granicę, której przekroczyć nie odważymy się z naszym zabiegiem doszczętnym, a nawet wszelkim wogóle, o ile niema konieczności objawowej niesienia choremu przynajmniej ulgi.

Dalej przeciwwskazanym będzie zabieg doszczętny, kiedy chorego z guzem kątnicy dostaniemy w ręce w okresie częstych i silnych napadów zwężeniowych, lub zgoła z objawami niedrożności. Zatrucie kałowe, obniżona odporność na zakażenie zapalnie zmienionej, lub conajmniej przekrwionej otrzewnej, utrudniające nałożenie szwu i pozbawiające pewności jego działania rozdęcie jelit, wreszcie smutne doświadczenie nie liczących się z powyższymi czynnikami chirurgów ograniczy nasze wkroczenie na razie do założenia odbytu sztucznego.

Wielkość i stopień unieruchomienia guza kątnicy mogą być dokładnie ocenione dopiero po otworzeniu jamy brzusznej. O wykonalności zabiegu doszczętnego przy guzie rozrośniętym i prawie unieruchomionym zapewne znów nieraz decyduje doświadczenie osobiste i sprawność operatora, jednak jesteśmy w możności ustalić pewne zasady ogólne. Mianowicie silny rozrost guza ku linii środkowej, ku podstawie krezki, oraz w kierunku ku miednicy małej należy uważać za okoliczności bardzo niepomyślne, w przeciwstawieniu do względnie obojętnego rozprzestrzenienia sprawy chorobowej ku górze, na okrężnicę wstępującą. Wskutek rozległego uszkodzenia krezki przy zabiegu możemy być zmuszeni do usuniecia zbyt wielkiego odcinka jelit (w jednym naszym przypadku usunięto 275 ctm. z zejściem pomyślnem), nie mając przytem pewności, czy przez podwiązywanie naczyń krezkowych w ich przebiegu początkowym nie zostały upośledzone w odżywianiu i wystawione na zgorzel jelita pozostawione. Dalej poważne niebezpieczeństwo stanowi niemożność wyosobnienia moczowodu i wielkich naczyń biodrowych *(a. v. iliaca)*.

Wprawdzie w razie przecięcia moczowodu (o ile to zostanie w porę zauważone) lub skaleczenia wielkich naczyń, chirurgia współczesna uczy nas radzić sobie. Znane są przypadki. pomyślnie zakończone, pomimo uszkodzenia moczowodu (Juillard), a co do naczyń, to w razie ich stopniowego przez guz uciśnięcia i prawdopodobieństwa już wytworzonego krążenia okolnego, możemy z góry przypuścić bezkarność podwiązki, nie mówiąc już o szwie naczyniowym, to jednak jest wątpliwem, czy w przypadkach, z góry skazanych na te powikłania, wogóle jeszcze będziemy się kusić o doszczętność zabiegu.

Wciągnięcie do sprawy chorobowej kątnicy przylegających pętli jelita cienkiego i konieczność ich usunięcia wraz z guzem nie stanowi przeciwwskazania do resekcyi z warunkiem, by dokładnie się oryentować co do końców doprowadzającego i odprowadzającego i nie przekroczyć dozwolonego *maximum* — około 3 metrów — co, uprzedzić muszę, na oko bywa bardzo trudne.

Co do ruchomości, to wogóle guzy kątnicy, cokolwiek już większe, posiadają ją w małym stopniu, i można powiedzieć, że stopień unieruchomienia, którykolwiek w innych okolicach ciała nasuwał myśl o niewykonalności zabiegu, tu nie powinien odstraszać.

Wskutek właściwości powłoki otrzewnej kątnicy i okrężnicy wstępującej i ułożenia ich na mało przesuwalnej powięzi biodrowej, guzy kątnicy wogóle są mało przesuwalne, przyczem bardziej są ruchome w kierunku poprzecznym, niż w podłużnym. O ile guz, rozrastając się ku tyłowi, uzyskuje szeroką podstawę na talerzu biodrowym, niejednokrotnie traci on zupełnie swą przesuwalność. Nie stanowi to jednak jeszcze o tem, by guz taki usunąć się nie dał, przeciwnie, pozornie przymocowany do podłoża, nieraz dziwnie łatwo, czysto i dokładnie da się on niemal na tępo oddzielić od mięśnia biodrowo-lędźwiowego (*iliopsoas)*.

Jeżeli, jako o przeciwwskazaniu do zabiegu doszczętnego, wspominam o przerzutach nowotworowych, to tylko dlatego, by przypomnieć, że w każdym odpowiednim przypadku po otworzeniu jamy brzusznej i przed przystąpieniem do wyłuszczenia guza należy się w miarę możności przekonać, czy przerzutów nie ma. Przeważnie zwrócić należy uwagę na wątrobę i na rozsianie guzków nowotworowych po otrzewnej. Oprócz tego Bakes, na podstawie spostrzeżeń swoich i Alberta, doradza przekonać się, czy na jelicie grubem jeszcze gdzie nie ma nowotworu. Podwójność raków jelita grubego widział parokrotnie; niedopatrzenie tego powikłania, zupełnie możliwe wobec braku objawów specyalnych, uczyni nasz zabieg bezcelowym.

Przy guzie kątnicy gruźliczym rozsianie gruzełków na powierzchni otrzewnej nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu doszczętnego, ponieważ znany dodatni wpływ samego już cięcia brzusznego, wraz z usunięciem głównego ogniska choroby prowadzi niejednokrotnie do wyleczenia. Natomiast, podług Körtego, o ile gruźlicze owrzodzenia śluzówki wychodzą daleko poza granice guza, zarówno w kierunku jelita biodrowego, jak szczególnie okrężnicy wstępującej, to rokowanie o doszczętności zabiegu z góry jest niepomyślne i jest to tem przykrzejsze, że dopiero po przecięciu jelita (o ilebyśmy to czynili sposobem otwartym), t. j. już po wyosobnieniu guza, o tem się możemy przekonać. Przed zabiegiem, a nawet po obmacywaniu jelit bezpośredniem przewidzieć, że sprawa gruźlicza z miejscowej przeszła w tę bardziej rozlaną postać, nie mamy możności. Niekiedy biegunki, parcia *(tenesmus)*, krew w stolcu, zwykle nie zdarzające się dopóki gruźlica jest umiejscowiona w kątnicy, zwrócą zawczasu uwagę na zajęcie dalszych odcinków jelita grubego. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Walliczek. **O zgrubieniu** (*hyperostosis*) **szczęki górnej.** (*Berl. klin. Wochenschft.* 1907, Nr 28). Rzadkie to cierpienie, występujące symetrycznie, zwykle po urazie, wywołuje mniej lub więcej znaczne zniekształtnienie jam nosowych i utrudnienie oddychania nosowego i prawie zawsze wiedzie do zupełnego zniesienia jamy szczęki górnej. Czy inne sprawy, jak: próchnienie zębów, kiła, gruźlica, ostre choroby zakaźne i t. p. usposabiają do tego cierpienia — nie wiadomo. Rokowanie niepomyślne. Zanim się przystąpi do operacyi, polegającej na usunięciu szpecących wyrośli kostnych i rozszerzeniu jam nosowych — wskazanem jest zastosowanie wcierań rtęciowych i jodku potasu wewnętrznie. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Wieting. **Korzyści i niebezpieczeństwa poprzedniego podwiązania tętnicy szyjnej przy jedno i obustronnem wycięciu szczęki górnej.** (*Deutsch. Zeitft. f. Chir.* T. 90, Z. 1—3). Za najlepszy sposób tamowania krwotoku przy wycięciu szczęki górnej uważa W. podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej. Jest to zabieg prosty, zupełnie nie niebezpieczny i lepszy od chwilowego zaciśnięcia. Tętnicy wspólnej nie należy natomiast nigdy podwiązywać. *Klęsk.*

Ito i Y. Soyesima. **Leczenie porażenia nerwu twarzowego przeszczepianiem.** (*Deutsch. Zeitft. f. Chir.* T. 90, Z. 1—3). I. i S. leczyli w ten sposób 6 przypadków porażenia nerwu twarzowego na tle gośćcowem. W 2 przypadkach nerw twarzowy połączyli z dodatkowym, a w 4 z podjęzykowym. W 5 wynik dobry, ale tylko co do symetryi twarzy w spokoju. Przy ruchach asymetrya występuje znowu wyraźnie. *Klęsk.*

Courtade. **Surowicze zapalenie wyrostka sutkowego.** (*Progr. méd.* 1907, Nr 28). Łącznie z 2 przypadkami podobnymi, ogłoszonymi poprzednio w piśmiennictwie francuskiem, omawia C. znów jeden świeżo spostrzegany. We wszystkich tych 3 wystąpiły objawy przedmiotowe i podmiotowe ropnego zapalenia wyrostka łącznie z objawami mózgowymi, które natychmiast ustąpiły już to po przekłuciu błony bębenkowej, już to po zagęszczeniu powietrza w przewodzie słuchowym, przyczem wylała się znaczna ilość cieczy żółtawej przezroczystej. C. mniema, że takie przypadki są nie tak rzadkie, jakby się na pozór zdawało, gdyż pominąwszy już te, które wskutek krótkiego przebiegu i pomyślnego zakończenia, nie dochodzą do wiadomości powszechnej, opisano przypadki, w których przy dłutowaniu wypłynęła z ucha środkowego znaczna ilość cieczy zmieszanej z krwią, lub też objawy nagle ustąpiły przy silnem siąkaniu nosa, prawdopodobnie wskutek wylania się cieczy przez trąbkę słuchową. *Kasprzyk* (Berlin).

Aberle. **W sprawie operacyjnego leczenia kręczu.** (*caput obstipum*). (*Zentrblt. f. Chir.* 1907, Nr 28). Na klinice Lorenza zarzucono dawno otwarte przecinanie lub nawet częściowe wycinanie mięśnia mostkowo - sutkowo - obojczykowego przy kręczu, natomiast stosuje się przecięcie podskórne, kładąc główny nacisk na następowe wyprostowanie przy pomocy opatrunku wyłącznie gipsowego. Unika się przy tem postępowaniu szpecącej blizny i zniekształtnienia szyi. Gdzie ten sposób postępowania (zdaniem wielu) ma być niewystarczający, tam również chybia celu i częściowe wycięcie mięśnia, przy którem dla konsekwencyi powinno się także przecinać głębokie mięśnie szyi, gdyż są to przypadki o znacznem bocznem skrzywieniu części szyjnej kręgosłupa. Z tem zapatrywaniem zupełnie się zgadza König (*ibidem*), powołując się na przypadki dawniej operowane, i sądzi, że ten sposób zabiegu należy bezwarunkowo napowrót wprowadzić. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Prof. Franke. **W sprawie leczenia zranień serca.** (Nakłucie worka osierdziowego). (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 38). Liczba zabiegów dokonanych na sercu wynosi już podług Rehna 120 z 46 prc. wyleczeń. Jak z tego widzimy, statystyka wcale świetną nie jest, a pochodzi to z jednej strony z trudności rozpoznania i działania samego narządu, a wreszcie z niebezpieczeństw leczenia następowego. Objawy zranienia serca są bardzo trudne do rozpoznania; zdarzało się też, że operowano, a rany serca zupełnie nie było. Bardzo poważną rzeczą w rokowaniu jest możliwość zakażenia lub też wystąpienia zrostów, utrudniających czynność serca. Wobec tego F. stał się przeciwnikiem natychmiastowego bezwzględnego zabiegu przy zranieniu serca, a operuje tylko w razie wielkiej konieczności. Natomiast radzi gorąco wykonywać nakłucie worka osierdziowego, które działa z jednej strony łagodząco na objawy, a z drugiej nieraz wprost leczniczo. Najgroźniejszym objawem zranienia serca jest ucisk krwi wylanej do osierdzia na serce, czyli tak zwana tamponada serca Rosego. Tę usuwa nakłucie, pozwalając zaraz sercu swobodnie pracować. W wielu przypadkach nakłucie wprost może ratować życie, lub też być przygotowaniem do operacyi. W ten sposób wyleczył F. chorego, u którego właściwie było wskazanie do operacyi. W przypadkach lżejszych należy nakłucie wykonać dopiero w pewien czas, gdy się ma pewność, że wessanie krwi nie postępuje. Technika nakłucia jest łatwa i wolna od niebezpieczeństw. Nakłucie najlepiej robić trójgrańcem, albo strzykawką o grubej igle w 5. międzyżebrzu koło mostka (2—3 ctm. od brzegu tegoż, by nie zranić tętnicy sutkowej wewnętrznej). Igłę wprowadzać należy powoli, przyczem zaraz poznać można chwilę, gdy igła dosięga serca. F. zachęca też do częstszego stosowania nakłucia przy wysięku zapalnym osierdzia, działa ono bowiem nadzwyczaj dobrze leczniczo. *Klęsk.*

König. **W sprawie techniki kardyolizy.** (*Zentrblt. f. Chir.* 1907, Nr 27). Według spostrzeżeń niektórych autorów, okostna żebrowa, pozostawiona po wyłuszczeniu żeber przy kardyolizie, miała odtwarzać napowrót kość, niwecząc z czasem zupełnie osiągnięty na razie pożądany wynik. K. na podstawie sekcyi osoby, zmarłej na gruźlicę w 2 i pół lat po kardyolizie, stwierdza, że żebra wcale się nie odtwarzają, a tylko tu i ówdzie w bliźnie, zwłaszcza w okolicy odciętego końca, można napotkać drobne kawałki nowej kości, które jednak nie mają znaczenia dla ruchów serca. Z własnego doświadczenia radzi K. usuwać IV, V i VI żebro z kawałkiem chrząstki, zabierając tylko okostną od przodu. To zupełnie wystarcza, a cały zabieg trwa wtedy krótko i jest bardzo prosty. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Stieda. **Chirurgiczne leczenie pewnych postaci rozedmy płuc.** (*79 zjazd niem. lek. i przyr. Drezno* wrzesień 1907). S. przedstawił chorego, którego operował z powodu silnego rozszerzenia klatki piersiowej i rozedmy płuc sposobem Freunda, przez co uzyskał ruchomość klatki piersiowej, przesuwanie się brzegów płuc o kilka centymetrów i ogólne polepszenie. Obustronnie z chrząstki 2—4. żebra wyciął kawałki 2—3 cm długości, a oprócz tego kawałek z kości 2. żebra. Na podstawie swego przypadku poleca S. gorąco podobne przypadki operować. *Klęsk.*

Finsterer. **O raku sutka i trwałem jego wyleczeniu drogą operacyjną.** (*Deutsch. Zeitschft. f. Chir.* 89, 1—4). Na podstawie statystyki z kliniki prof. Hohenegga w Wiedniu i innych dotąd znanych dochodzi autor do następujących wniosków: W ostatnich 8 latach, przy stosowaniu zabiegu, odpowiadającego ściśle rozległości zmian, uzyskano wyleczenie w 25%, natomiast przedtem tylko w 14%. Za najlepsze sposoby operacyi należy uważać te, które zmierzają do gruntownego miejscowego usunięcia tak skóry, jak innych tkanek chorych lub podejrzanych, i do najskrupulatniejszego wyłuszczenia wszelkich gruczołów (np. sposób Halstedta). Gruczoły nadobojczykowe najlepiej jest zawsze usuwać, a bezwarunkowo trzeba to uczynić w razie zajęcia podobojczykowych. Ponieważ przy zajęciu gruczołów nadobojczykowych mogą być gruczoły śródpiersia jeszcze niezmienione, przeto w takich przypadkach należy zważyć czas trwania choroby, rozległość i usadowienie się zmian (czy zewnętrzna, czy wewnętrzna strona sutka), wielkość i istniejące w danym razie zrosty gruczołów nadobojczykowych z sąsiednimi narządami i według tego postanawiać operacyę lub jej poniechać. Ze względu na stosunkowo częste nawroty późne należy uważać za granicę wyleczenia trwałego lat 5. *Kasprzyk* (Berlin).

Borelius. **Przyczynek do rozpoznania i leczenia podskórnego urazowego pęknięcia śledziony.** (*Zeits. für klin. Med.* T. 63. Z. 1—4). Chorego 48-letniego przejechał wóz. Badanie, dokonane w 1½ godziny potem, stwierdziło nadwerężenie kości miednicy, bole przy ucisku na lewą stronę klatki piersiowej, tętno nieco słabsze i brzuch tylko przy silnym ucisku bolesny. Tętno po niejakim czasie coraz słabsze i mniejsze, bladość, szum w uszach, omdlenia, a nadto stłumienie w obu bokach brzucha zmusiły do laparotomii: stwierdzono zupełne oderwanie śledziony, która leżała głęboko w tyle po stronie lewej. Śledzionę usunięto, krwotok zatamowano. Przypadek zakończył się pomyślnie. W przypadku tym było rozpoznanie niepewne, gdyż stłumienie po obu stronach brzucha mogło przy równoczesnych objawach nagłej niedokrwistości przemawiać tak za pęknięciem śledziony, jak i za pęknięciem wątroby. Dla leczenia nie ma to znaczenia, gdyż w każdym razie należy przystąpić do laparotomii. Nawiązując zaś do swego przypadku sądzi B., że najpewniejszym środkiem wstrzymania krwotoku jest w takich razach usunięcie śledziony. Badanie krwi w okresie ozdrowienia stwierdziło zwiększenie się ilości limfocytów i ciałek białych eozynofilnych i pojedyncze myelocyty. *B. Żmigród* (Rymanów).

Prof. Hochhaus. **O kamicy żółciowej i cukromoczu.** (*Deutsch. med. Wochft.* 1907, Nr 41). Niektórzy autorowie twierdzą, że przy kamicy żółciowej często spotyka się cukromocz. H. mimo starannych badań stwierdzić tego nie zdołał, natomiast spostrzegł przypadek cukrzycy, w którym przez wystąpienie kamicy żółciowej znikł zupełnie cukier z moczu i to na stałe, chociaż chory nie zachowywał później właściwej dyety. Dotąd spostrzegano zniknięcie cukru z moczu bardzo rzadko, w następstwie zapalenia płuc, duru powrotnego, czerwonki, i t. p., zwykle natomiast po ostrych zakaźnych chorobach ilość cukru w moczu wzrasta. *Klęsk.*

Hippius i Lewinson. **Cianka** (*oxyuris*) **a wyrostek robaczkowy.** (*Deutsch. med. Wschft.* 1907, Nr 43). Wpływ obecności cianek w wyrostku robaczkowym na występowanie stanów zapalnych bywał dotąd bardzo różnie oceniany. Jedni są-

dzili, że pasorzyty te są zupełnie niewinne, inni znów przypisywali im wielkie znaczenie. Zmiany, widoczne w ścianie wyrostka gołem okiem, są nieznaczne, inaczej jednak rzecz się przedstawia przy badaniu drobnowidowem. H. i L. spostrzegali przypadek zapalenia wyrostka, który następnie był operowany przez Blumberga. Przy operacyi znaleziono wyrostek wypełniony ciankami (80 samiczek), a badanie mikroskopowe wykryło ogromne zniszczenie ścian, wnikanie w nie pasorzytów aż do błony mięsnej, a nawet surowiczej, zanik gruczołów i t. d. Cianki mogą więc wywoływać zmiany w wyrostku, a nadto ułatwiać następowe wnikanie drobnoustrojów. Zwykle wywołują cianki obraz kliniczny lekkiego surowiczego zapalenia wyrostka. *Klęsk.*

Jeanbran i Anglada. **Uraz, a zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Révue de Chir.* 1907, 7—10). Dotąd nie opisano ani jednego przypadku, w którymby uraz u człowieka poprzednio zdrowego wywołał zapalenie wyrostka robaczkowego. Uraz może wywołać napad ostry lub przedziurawienie wyrostka, zadany nawet w odległe części brzucha jedynie u ludzi, którzy przebywali już poprzednio ostre napady, lub którzy cierpią na zapalenie utajone. W tych przypadkach nietylko uraz wszelakiego rodzaju, ale również znaczniejszy wysiłek może przerwać istniejące zrosty, ściany ropni, lub kruchą ścianę wyrostka. Zapalenie wyrostka, które wystąpi po upływie 2 dni od urazu, nie pozostaje w związku przyczynowym z urazem.

Dr Kasprzyk (Berlin).

Neuberg. **O zapaleniach wyrostka robaczkowego w wieku dziecięcym.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 89, 1—4). Według dotychczasowych spostrzeżeń zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci do lat 15 przebiega o wiele złośliwiej (14—16 prc. śmiertelności), niż u dorosłych, to też prawie wszyscy chirurdzy i pedyatrzy oświadczają się za niezwłoczną operacyą. Prawdopodobnie słaba skłonność do wytwarzania się zlepów i otarbiania się ognisk ropnych jest powodem, że tak często napotyka się przy zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci rozlane ropne zapalenie otrzewnej. Rozpoznanie nie jest trudne, bo odpada wiele chorób, które u dorosłych wchodzą w rachubę w rozpoznaniu różniczkowem, a nadto u dzieci do lat 4 można doskonale palcem przez odbytnicę obmacać całą okolicę kiszki ślepej. Przytaczając na koniec 2 przypadki niedrożności jelit, które wystąpiły w kilkanaście dni po zapaleniu, na podstawie własnej statystyki nie oświadcza się jednak N. za bezwzględnym natychmiastowym zabiegiem. *Kasprzyk* (Berlin).

Martens. **O zapaleniu żyły wrotnej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 42). Ropne zapalenie żyły wrotnej jest najgorszem powikłaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, bo wobec niego jesteśmy zupełnie bezsilni. M. na 503 chorych, operowanych na zapalenie wyrostka, spotkał to powikłanie 3 razy. Im wcześniej operujemy, tem bardziej wyłączamy możność wystąpienia tego groźnego powikłania. Przez wczesną operacyę w ciężkich przypadkach rozumie autor operowanie w pierwszej dobie, bo spostrzegano już wystąpienie zapalenia żyły wrotnej mimo operacyi, podjętej w 40 godzin po wybuchu choroby wyrostka. *Klęsk.*

Cohn. **O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Medic. Blätter* Nr 28 i 29, 1907). C. radzi operować w pierwszych 2 dniach choroby u dzieci i kobiet ciężarnych zawsze, u innych zaś, gdy obraz chorobowy jest ciężki, a mianowicie: początek burzliwy, przebieg gwałtowny, wymioty, bolesność uciskowa rozlana, mięśnie proste brzucha silnie napięte, niestosunek tętna do ciepłoty lub odwrotnie, twarz blada i zapadła. Przy rozpoznaniu różniczkowem mogą wchodzić w rachubę: zapalenie przydatków, kolka żółciowa, nerkowa, a nawet i dur brzuszny. Po objawach ostrych mogą się pojawić powikłania w odległych narządach, jak zator w płucach, w żyle wrotnej, mnogie ropnie wątroby i t. p. W czasie ostrego napadu radzi C. stosować worek z lodem i morfinę (makowiec zaciera obraz chorobowy), przy nudnościach bezwzględne wstrzymanie się od pokarmów i napojów. W przewlekłych przypadkach, gdy nie można chorego nakłonić do operacyi, zaleca C. lekką dyetę, wyjazd do wód, n. p. Kissingen, nawet miesienie.

Kasprzyk (Berlin).

Prof. Kuzniecow. **O osiowem skręceniu pętli esowatej wskutek bliznowatego kurczenia się jego krezki.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 34—38). Skręt jelita esowatego bywa nader często następstwem bliznowatego kurczenia się krezki. Z początku oba ramiona zbliżają się do siebie, a nieraz zrastają, jak przewody strzelby dwururkowej, i to już może być przyczyną niedrożności. Stan ściany skręconego jelita nie zależy tyle od kąta skrętu, ani od czasu jego trwania, jak raczej od stanu naczyń krezki. Skręt, powstały wskutek skurczenia krezki, nie przekracza zwykle 270°. Skręt występuje zazwyczaj u ludzi starszych, co przemawia też za powstawaniem jego na tle nabytych zmian w krezce, a nie na tle wadliwej jej budowy (nadmiernie długie jelito, a krótka krezka). Kurczenie się krezki cechuje klinicznie uporczywe zaparcie stolca. K. spostrzegał w Warszawie 5 przypadków skrętu, z tego w 3 mógł to zbliznowacenie krezki dokładnie wykazać. Zwykle przy skręcie nie spotykamy wymiotów, a tylko nudności. Ważnym objawem rozpoznawczym jest miejscowe wzdęcie jelita (Wahl), powstałe wskutek przesięku do jelita z powodu zaciśnięcia żył i wydzieliny błony śluzowej. Zabiegi operacyjne polegają na odkręceniu i umocowaniu jelita przy otrzewnej ściennej, wycięciu jelita (Obaliński), połączeniu jelit ze sobą, ostatecznie założeniu odbytu sztucznego w ciężkich przypadkach. Czasem wysokiemi lewatywami, atropiną i t. p. można też osiągnąć chwilowy skutek. Według Helfericha nie powinno się nigdy dłużej odkładać operacyi, niż 48 godzin, gdy lewatywy i t. d. zawiodą. *Klęsk.*

Ruge. **O patologii i terapii wrzodziejącego ropnego zapalenia odbytnicy.** (*Arch. f. klin. Chir.* 83, II). Przewlekłe to cierpienie, występujące niemal wyłącznie u kobiet, prawdopodobnie wskutek właściwego przebiegu naczyń krwionośnych i chłonnych, ułatwiających przenoszenie się zakażenia z pochwy na odbytnicę, objawia się klinicznie wydzieliną ropną, parciem na stolec i bolami, uporczywem zaparciem stolca, niekiedy znów przewlekłem rozwolnieniem, do czego po pewnym czasie dołączają się owrzodzenia mniej lub więcej rozległe, najrozmaitszego kształtu i głębokości, w końcu zwężenia, przetoki, żylaki stolcowe i powiększenie gruczołów pachwinowych. Zapalenie ropne czasem przechodzi we wrzodziejące, które miejscowo wywołuje coraz większe spustoszenia, wiodąc w końcu do ogólnego wynędznienia i upadku sił. W przeważnej części przypadków za przyczynę choroby należy uważać kiłę, mały stosunkowo odsetek przypada na gruźlicę, wiewióra i czerwonkę. Leczenie zapomocą najrozmaitszych lekarstw jest uzasadnione jedynie w okresie początkowym (*proct. purulenta*), w późniejszym natomiast wskazane jest utworzenie sztucznego odbytu i leczenie od góry, przyczem sondowanie jest czasem niebezpieczne. O ile zaś owrzodzenia sięgają najwyżej do zagięcia esowatego, a krezka jest dostatecznie długa, najodpowiedniejszem jest wycięcie odbytnicy przez takie cięcia, które dają szeroki dostęp do pola operacyjnego. Wycięcie blizny znajdzie zastosowanie tylko w nielicznych przypadkach, przy owrzodzeniach ograniczonych i powierzchownych. W końcu tam, gdzie zabieg jest konieczny, a wycięcie z jakichbądź powodów jest niemożliwe, pozostaje jeszcze nacięcie odbytnicy od tyłu (*rectotomia posterior*). *Kasprzyk* (Berlin).

Schulz. **Atropina przy niedrożności jelit.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. 70, Z. 5). Na podstawie 35 własnych spostrzeżeń i piśmiennictwa dochodzi S. do przekonania, że atropina przy ostrej niedrożności jelit powinna zawsze znaleść zastosowanie ze względu na swe wybitne i bezsprzeczne działanie. Wstrzyknięta podskórnie w dawce 2 mlgr. u dorosłych, $^1/_2$ mlgr. u dzieci, następnie stosowana w miarę potrzeby co parę godzin, uśmierza atropina bole, kurcze i wymioty, poprawia czynność serca i ogólne krążenie, zobojętnia tworzące się w przewodzie pokarmowym ptomainy, sprowadza ogólne uspokojenie i sen. Zwykle po paru dawkach odchodzą wiatry i stolec. Atropina działa tem szybciej, im wcześniej się ją stosuje. Z operacyą nie należy się spieszyć, gdyż statystyka poucza, że odsetek śmiertelności przy stosowaniu atropiny jest znacznie mniejszy, niż po operacyach. Stosować można atropinę przez $1^1/_2$ dnia, nie obawiając się zatrucia, w razie wystąpienia silniejszych objawów, poda się morfinę, dopiero gdy po upływie tego czasu nie ma stolca, należy chorego przygotować do operacyi. W przypadkach rozpaczliwych należy również przed operacyą stosować atropinę, aby podnieść czynność serca, poprawić krążenie, usunąć wymioty i pobudzić jelita do skurczu po operacyi. Po wystąpieniu stolców, w żadnym przypadku nie można wypuszczać chorego z opieki przez pewien czas, ze względu na możliwość wystąpienia objawów otrzewnych. *Kasprzyk* (Berlin).

White. **Leczenie spadku ciśnienia krwi wskutek zapalenia otrzewnej śródżylnemi wlewaniami adrenaliny z solą kuchenną.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 41). Heidenhain stosuje ze znakomitym wynikiem od 2 lat celem podniesienia ciśnienia krwi przy zapaleniu otrzewnej śródżylne wlewania fizyologicznego rozczynu soli z dodatkiem adrenaliny, a mianowicie na $^1/_2$ godziny przed operacyą $^3/_4$ do 1 litra rozczynu fizyologicznego soli i 6—8 kropli rozczynu adrenaliny 1: 1000. *Klęsk.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 3. lipca 1907.

Przewodniczy prezes prof. Rosner. Obecnych członków 24.

1) Prezes poświęca gorące wspomnienie pośmiertne prof. Hoyerowi z Warszawy, którego to przemówienia wysłuchali obecni stojąc.

2) Przyjęto jednomyślnie na członków Towarzystwa kol.: Dra M. Kapellnera, Dra A. Wespańskiego i prof. Emila Godlewskiego.

3) Kol. prof. Kader przedstawia: *a*) chorego **po wycięciu tętniaka w przegubie łokciowym**, *b*) chorego **po operacyi stóp płaskich**, polegającej na wycięciu kości czółenkowych, *c*) chorego **ze zwichnięciem stawu łokciowego** i złamaniem śródstawowem (leczenie wyciągowe), *d*) chorego po **podwiązaniu tętnicy biodrowej** wspólnej **z powodu tętniaka**, w którym to przypadku odpowiednia kończyna dolna zupełnie nie ucierpiała na swej sprawności, *e*) stół operacyjny własnego pomysłu, wykonany przez Lentza w Berlinie, *f*) przyrząd do unieruchomienia stawu biodrowego. — W dyskusyi zabrał głos prof. Browicz ad *d*), tłómacząc, iż tem trzeba wyjaśnić, że kończyna nie uległa martwicy, iż już w czasie powstawania tętniaka wytwarzało się krążenie uboczne.

4) Kol. Rydel przedstawia: *a*) przypadek **choroby Littlea**, *b*) przypadek **kurczu stałego twarzy**, — przeznaczone do leczenia chirurgicznego.

5) Kol. Steuermark przedstawia **przypadki leczone promieniami Roentgena** *a*) i *b*) raki twarzy, *c*) *neurodermitis circumscripta;* we wszystkich trzech przypadkach osiągnięto widoczny skutek.

6) Kol. M. Godlewski przedstawia typowy przypadek t. zw. **choroby Bantiego.**

7) Kol. Prof. Rosner przedstawia **uciskadła** własnego pomysłu, tamujące krwotok przy hebosteotomii.

8) Kol. Doc. Gliński przedstawia preparat **wgłobienia jelit z wytworzeniem się odbytu nienaturalnego w obrębie wgłobienia.**

9) Kol. Schlank przedstawia wózek, używany w krakowskiej klinice chirurgicznej do przewożenia chorych.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

---

† Dr Mikołaj Strawiński.

Po blizko 40-letniej rzetelnej i niezmordowanej pracy na niwie lekarskiej i społecznej zmarł w 62. roku życia jeden z najwybitniejszych ziomków naszych w nadnewskiej stolicy, świętej i nieodżałowanej pamięci Dr Mikołaj Strawiński, człowiek na nasze czasy i stosunki niepowszedni.

Urodzony w majątku Tomki powiatu Kowieńskiego w roku 1846, nauki średnie pobierał w gimnazyum w Kownie, w tych samych murach poklasztornych, gdzie niegdyś jako nauczyciel gimnazyalny wykładał wymowę łacińsko-polską i prawo — Adam Mickiewicz. Widocznie nie przebrzmiały podówczas jeszcze ostatecznie echa wykładów naszego wieszcza i tradycyjnie trzymały się starego gmachu, bo niejeden oddźwięk zapadł do serca młodego ucznia, a on skrzętnie je pielęgnował, starał się przelać w innych i przechował w sobie do ostatnich dni czystego jak kryształ swojego żywota.

Gimnazyum ukończył ś. p. Strawiński w nieszczęsnym roku 1864. Po strasznej klęsce pozostała jednak nadzieja, że praca i jedynie praca może dźwignąć nasz naród z niedoli, zapewnić mu byt na przyszłość i uszlachetnić go w szerszem pojęciu. To też ówczesna młodzież jęła się pracy z zapałem. Ś. p. Strawiński, jako człowiek czynu, całkowicie przejął się tą ideą. Niezmordowana pracowitość cechowała dalszą Jego działalność i trwała aż do chwili, kiedy już ciężka niemoc przykuła go do łoża.

Obrawszy sobie ciężki zawód lekarski, zapisuje się jako student do Petersburskiej Akademii, gdzie otrzymuje w roku 1869 stopień lekarza i zostaje ordynatorem kliniki chorób wewnętrznych prof. Ekka. Po roku zostaje ordynatorem w klinice położniczej prof. Antoniego Krassowskiego, naszego rodaka. W r. 1872 został ś. p. Strawiński wysłany przez Departament lekarski do powiatu Gdowskiego gubernii petersburskiej z powodu grasującej tam podówczas cholery. Z początkiem roku następnego kosztem skarbu wysłany został zagranicę dla dalszego kształcenia się. Tam pracował przedewszystkiem w klinice położniczej prof. Karola Brauna w Wiedniu, a równocześnie w pracowni fizyologicznej prof. Brückego, w której podjął badania budowy naczyń pępowiny. Praca ta p. t.: »Ueber den Bau der Nabelgefässe und über ihren Verschluss nach der Geburt« wyszła w rocznikach Wiedeńskiej Akademii Umiejętności w r. 1874. Już dawniej wiedziano o tem, iż nie zatorowi przypisać należy, że po przecięciu pępowiny bez poprzedniego podwiązania krwawienie jest nader nieznaczne i szybko ustaje. Odnoszono to do zmiany krążenia, jaka zachodzi u dziecka z chwilą porodu. Dr Strawiński wskazał na istotną przyczynę tego zjawiska, leżącą w odmiennej budowie naczyń pępowinowych. Zwraca on uwagę na wielką, przedtem nieznaną różnicę w budowie tętnic pępowiny w porównaniu z innemi tętnicami u noworodków, polegającą na obfitości mięśni a nader małej ilości włókien sprężystych, zawartych w ścianach tętnic pępowinowych. Szybkie i szczelne zamykanie się światła tętniczego jest następstwem skurczu mięśni okrężnych, wskutek czego opisane po raz pierwszy przez Strawińskiego, znamienne dla tętnic pępowiny zgrubienia miejscowe ścian, wpuklające się do wnętrza światła naczyniowego (polsterartige Erhabenheiten), jeszcze więcej przyczyniają się do zwężenia tego światła, które na przecięciu poprzecznem ma wówczas postać półksiężyca, aż w końcu ostatecznie znika.

Po dłuższym pobycie w klinikach położniczych w Paryżu, Pradze i Berlinie, powróciwszy w r. 1875 do Petersburga, wstąpił Strawiński do petersburskiego Zakładu położniczego, znajdującego się podówczas pod świetnym kierunkiem prof. Antoniego Krassowskiego. W r. 1876 uzyskał stopień doktora medycyny. Dwuletnią prawie przerwę w działalności położniczej stanowi powołanie Strawińskiego na stanowisko głównego lekarza 14. szpitala polowego na Dunaju podczas wojny tureckiej w latach 1877—1878. Po powrocie z wojny w dalszym ciągu pracuje Strawiński w Zakładzie położniczym, gdzie składa dowody wybitnych zdolności dydaktycznych, kształcąc młodych lekarzy i uczenice, przyszłe położne.

Miłując nadewszystko niezależność, wstępuje Strawiński w szeregi praktykujących lekarzy. Tutaj dopiero uwydatniają się Jego niepowszednie uzdolnienie i wiedza, jako lekarza. Gruntownem wykształceniem zawodowem, pracowitością i sumiennością pozyskuje powszechne uznanie wśród tutejszego świata lekarskiego i obszerną klientelę. Można o Nim śmiało powiedzieć: »suae quisque faber fortunae«, ponieważ wszystko zawdzięczał jedynie samemu sobie. To też zachowując zupełną niezależność, pozostaje do ostatnich dni na skromnem stanowisku lekarza praktycznego, nie zapominając jednak o dorobku naukowym. W r. 1882 miał odczyt w »Petersburger Aerzte-Verein« p. t.: »Przypadek ciężkiego porodu bliźniąt zrosłych w okolicy mostka«. Przy powstaniu w roku 1886 »Towarzystwa położniczo-ginekologicznego« obrany członkiem zarządu, piastował długie lata urząd skarbnika, a w końcu wiceprezesa i brał żywy udział w pracach naukowych tego Towarzystwa, przedstawiając liczne swoje spostrzeżenia, n. p.: »Dwa przypadki ciąży zewnątrzmacicznej« (w jednym z nich ciążę zewnątrzmaciczną stwierdzono u tejże chorej dwa razy w odstępie roku i 9 miesięcy [Żurnał Akusz. i Żenskich Bolieznej, Nr 3, 1888]; w swoim czasie było to *unicum*), dalej »Cystoma sacrale congenitum«, przedstawiony w Towarzystwie i ogłoszony w rocznikach tego Towarzystwa za r. 1889 i t. d.

»Koło lekarzy polskich« w Petersburgu zawdzięcza szczególniej Strawińskiemu swoje powstanie w r. 1901; w uznaniu ego zasług i nieskazitelnego charakteru obrało go »Koło« pierwszym swym prezesem, który to urząd piastował Strawiński nieprzerwanie aż do śmierci. Najlepszym dowodem szacunku, jaki Go powszechnie otaczał, był obchód dwudziestopięciolecia Jego działalności społeczno-lekarskiej, w r. 1904.

Z podwójnym zapałem w ostatnim roku życia krzątał się ś. p. Strawiński około przeistoczenia »Koła lekarskiego katolickiego Towarzystwa dobroczynności« na zupełnie samoistny i szeroko zakreślony »Związek lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu«, który, po długich mozołach w maju roku bieżącego zatwierdzony przez rząd, ma niebawem rozpocząć działalność. Niestety ś. p. Strawiński nie doczekał się tej chwili, w której byłby niezawodnie powołany na przewodniczącego »Związku«.

Jako lekarz, oddawał się ś. p. Strawiński chorym niepodzielnie, dobro chorego mając jedynie na względzie. Jako towarzysz, w stosunkach koleżeńskich, bez skazy, przejęty na wskróś etyką zawodową, wylany, serdeczny, starający się złagodzić ostrą

wymianę zdań i poważnionych pogodzić, często obierany na sędziego sądu polubownego. Jako obywatel, nigdy nie zatracił łączności swojej z krajem, zawsze chętnie stawał na usługach wszelkich instytucyi, dobro ziomków na obczyźnie mających na celu, w wahających się i obojętnych rozbudzał ducha, dla stałości przekonań szanowany nawet przez przeciwników. Jako człowiek, zawsze pogodny, chętny do światłej rady i dobrego uczynku, sumiennie, niezmordowanie i bezinteresownie pracowity, aż do zaparcia się samego siebie.

Niech światły ten obraz, na który tak szczęśliwie i nierozdzielnie skojarzyły się w jednej osobie i dary umysłu i zdolności rozumu i nabytki wiedzy z podniosłym ideałem moralnym, wiecznie tkwi w pamięci osób, które go znały i służy za wzór dla nowozaciężnych pracowników naszego zawodu.

Zmarł 7/20. października na udar mózgowy. »Koło lekarzy polskich« w celu uczczenia Jego pamięci uchwaliło na posiedzeniu 9/22. października: złożyć na grób Jego srebrny wieniec, umieścić Jego popiersie w sali posiedzeń »Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu« i zebrać drogą składek fundusz Jego imienia na cel dobroczynny. Zwłoki spoczęły w rodzinnej ziemi na cmentarzu Szydłowskim w gubernii Kowieńskiej.

Cześć Jego pamięci!

Dr med. Urban Wierciński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Rozporządzenia Namiestnictwa galicyjskiego. Z powodu niebezpieczeństwa zawleczenia cholery przypomniało Namiestnictwo (12. X. 1907. L. 127995/VI. b.) władzom administracyjnym dawniejsze swe zarządzenia, wezwało je wszystkie do nadzwyczajnej czujności, nakazało zarządzać pięciodniowy nadzór sanitarny nad wszystkimi przybyszami z Kijowa i gub. Kijowskiej. W razie spostrzeżenia jakichkolwiek podejrzanych objawów mają zwierzchności gminne i obszary dworskie jak najkrótszą drogą (telegraficznie, konnym posłańcem) zawiadomić o tem starostwo, a to znów telegraficznie ma zawiadomić Namiestnictwo i Ministerstwo spraw wewn., oraz zarządzić bezwzględne odosobnienie chorych i zapowietrzonych zagród. Władze graniczne mają donosić o każdej przepuszczonej przez granicę osobie, jadącej z okolic, cholerą dotkniętych. Telegramy do władzy politycznej o cholerze są bezpłatne. Nadto wydało Namiestnictwo publiczne obwieszczenie (22. X. 1907. L. 130471), nakazując pod rygorem grzywny do 200 kor. lub aresztu do 14 dni — 1) przeprowadzić natychmiast jaknajdalej idącą asanacyę gmin przez usunięcie nieczystości, zabezpieczenie dobrej wody do picia i t. d., 2) zwracać szczególną uwagę na stan zdrowia przybyszów z okolic cholerą nawiedzonych, donosić o ich przybyciu miejscowej władzy policyjnej (obowiązek ten ciąży na osobach, przyjmujących przybyszów na mieszkanie), poddawać 5-dniowemu nadzorowi ich stan zdrowia, a w razie wyjazdu w tym czasie zawiadamiać o tem zwierzchność gminną nowego miejsca pobytu, 3) ogłosić, że o wszelkich podejrzanych zachorowaniach są obowiązani donosić zwierzchności gminnej: lekarze, przełożeni zakładów przemysłowych i publicznych, właściciele domów i t. d., wogóle wszyscy, którzyby się o takich przypadkach dowiedzieli; 4) w razie takiego doniesienia ma zwierzchność gminna zawiadomić o tem starostwo (telegraficznie, posłańcem konnym) i odosobnić chorego w jego mieszkaniu, stawiając w razie potrzeby wartę przed domem zakażonym; 5) wreszcie mają gminy zawczasu przygotować lokal izolacyjny i zapas niegaszonego wapna, oraz czystego płynnego kwasu karbolowego do odkażania.—Na granicy kraju utworzyło Namiestnictwo 6 stacyi rewizyjnych i ustanowiło lekarzy rewizyjnych, a mianowicie: Podwołoczyska (Dr Dawid), Folwarki (Dr Strumieński), Brody (Dr Sołtysik), Uhrynów (Dr Blaim), Bełzec (Dr Regiec), Ruda Zbaraska (Dr Berger). — Dalej zarządziło Namiestnictwo (31. X. 1907. L. 137165), żeby wszelkie przedmioty (stolce, treść jelit i t. p.) przesyłano »express« z uwagą »przedmiot zakaźny« niezwłocznie do Zakładu higienicznego we Lwowie Prof. Kučery (Piekarska 52). Minister spr. wewn. przydzielił do tego zakładu c. k. asystenta sanitarnego Dra Napoleona Gąsiorowskiego. (Dr Gąsiorowski, poprzednio asystent tego zakładu, przez dłuższy czas pracował w instytutach higienicznych w Wiedniu, a obmyślił bardzo praktyczny przyrząd do odkażania parami formalinowemi przy wysokiej ciepłocie). *T.*

Zakazany środek. Namiestnictwo gal. zakazało (6. X. 1907. L. 97596/VI b.) obrotu handlowego środkiem kosmetycznym, zwanym »Rasol« (węgierski proszek do golenia). *R.*

Do egzaminów fizykackich na rok 1907/8 zostali mianowani: Przewodniczącym komisyi egzaminacyjnej R. Dw. i kraj. ref. san. Dr Józef Merunowicz, zastępcą kraj. insp sanit. Dr Zdzisław Lachowicz. Egzaminatorami i zast. egzam. we Lwowie: 1) z higieny i ustaw sanitarnych Prof. Dr Paweł Kučera i Stanisław Bądzyński, 2) z medycyny sądowej i psychiatryi Prof. Dr Włodzimierz Sieradzki i Andrzej Obrzut, 3) z farmakologii i toksykologii Prof. Dr Leon Popielski, 4) z chemii Prof. Dr Stanisław Bądzyński i Stanisław Tołłoczko, 5) z weterynaryi Prof. Dr Józef Szpilman i Mieczysław Grabowski; w Krakowie: ad 1) Prof. Dr Odo Bujwid i Dr Leonard Bier, ad 2) Prof. Dr Leon Wachholz i Tadeusz Browicz, ad 3) Prof. Dr Józef Łazarski i Edward Janczewski, ad 4) Prof. Dr Leon Marchlewski i Doc. Ignacy Lemberger, ad 5) Prof. Dr Julian Nowak i Dr Kazimierz Rutkowski. *T.*

W sprawie Najw. Rady Zdrowia wniósł w austr. Radzie Państwa w d. 28. X. poseł Bojko i tow. (klub polskich ludowców) interpelacyę, domagającą się powołania do Najw. Rady Zdrowia w najbliższym czasie 4 członków z Galicyi (po 1 z obu Izb i z obu Wydziałów lekarskich). *R.*

O mandat sejmowy dla Izb lekarskich wznowiła, jak donosi »Głos lek.« (20), starania jeszcze przed odroczeniem Sejmu gal. Izba lekarska wschodnio-galicyjska, wnosząc powtórnie petycyę w tej sprawie przez posła prof. Marsa. *R.*

Związek lekarski w Radzie Państwa austryackiej, powstały już podobno przed paru dniami, liczy około 30 członków, gdyż prócz 10 posłów-lekarzy będą do niego należeć i posłowie nie-lekarze, życzliwi sprawie reform sanitarnych, do których związek (obok strzeżenia interesów zawodowych) ma zmierzać. *R.*

Walka lekarzy dolno-austryackich i jej skutki mają też swoich krytyków. I tak »Wiener med. Presse« (44) zauważa zgryźliwie, że bierny opór był »mieczem, który nikogo nie skaleczył« i który »po niewinnej zabawie w nikomu nieszkodzącą wojnę schowano czemprędzej do pochwy, skoro tylko nadarzyła się pierwsza sposobność«. To, co istotnie osiągnięto, nie da się nawet porównać z tem, co zamierzono. Uzyskana ustawa pensyjna byłaby rzeczywistą zdobyczą tylko wtedy, gdyby równocześnie wprowadzono awans lekarzy gminnych, obecnie bowiem musi się każdy lekarz trzymać każdej, choćby najgorszej posady, bez nadziei poprawy bytu, bo na lepszą nie może się przenieść bez zgody Wydziału krajowego, chybaby wyrzekł się nabytych już do emerytury praw. (U nas także od ostatniej noweli jest mianowanie lekarzy okręgowych wyłącznie w ręku Wydziału krajowego, ale zato... niema ustawy emerytalnej). *R.*

Lekarze pomocniczy praskiego zakładu obłąkanych przestali pełnić dyżury, ponieważ nie uwzględniono ich skarg na liche jedzenie, dostarczane dyżurnym i żądania, by im przyznano przynajmniej (!) dyetę taką, jak chorym na I klasie. *R.*

Wprowadzenia lekarzy szkolnych uchwalił jednomyślnie domagać się ogólno-austryacki Zjazd nauczycielski, świeżo odbyty we Lwowie. W rozprawach różniono się jednak znacznie co do zakresu działania lekarzy szkolnych. Gdy jedni pragnęli oddać im nadzór nad higieną szkolną, drudzy odrzucali to żądanie, jakoby uszczuplające władzę dyrektorów szkół i zalecali pozostawić lekarzom tylko rolę doradcy sanitarnego. *R.*

Towarzystwo higieniczne lwowskie odbyło 9. X. zgromadzenie, na którem toczyły się rozprawy nad kierunkiem wytycznym dla organu Tow., »Przeglądu higienicznego«, rozwijającego się coraz lepiej i opartego obecnie o liczne grono współpracowników. W miesięczniku tym mają być w przyszłości opracowywane w sposób popularny poszczególne działy higieny społecznej. Dr Mikołajski zalecał jednak lekarzy na członków Towarzystwa, opłacających tylko 4 kor. rocznie, a otrzymujących zato bezpłatnie organ Towarzystwa. — Wydział Towarzystwa uchwalił na posiedzeniu 21. X. urządzić szereg wykładów dla członków; rozpoczął go 28. X. Prof. Kučera wykładem »O cholerze«. (Tyg. lek. 44). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27. X. do 2. XI. 1907 doniesiono o 15 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie: pow. Jaworów (Zawadów 2), Kałusz (Dobrowlany 1, Równia 3), Nadwórna (Pniów 2), Rawa (Wulka mazowiecka 3), Śniatyn (Dżurów 1), Stryj (Duliby 2), Zaleszczyki (Milowce 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 27. X. do 2. XI. 1907 urodziło się dzieci żywo 47, nieżywo 4; zmarło osób 56 (w tem obcych 28), z nich z gruźlicy 10 (6), zapalenia płuc 2 (1), błonicy 2 (2), płonicy 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. X. do 2. XI. 1907 było przypadków: odry 3, płonicy 11 † 1, duru brzusznego 1, krztuśca 1 † 1, błonicy 6, gorączki połogowej 1 † 1, róży 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. X. do 2. XI. 1907 było przypadków: błonicy 12 † 3 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 2 † 1, płonicy 59 † 7 (8 † 2), odry 22 † 1 (1), duru brzusznego 6 (2). *L.*

Cholera w Rosyi. Od ukazania się epidemii do 15. X. było w całej Rosyi 8299 przypadków, z nich 3995 śmiertelnych. *Dr L.*

Wiadomości bieżące.

Program kursów dla lekarzy, urządzonych przez Wydział lekarski krakowski od 2—21. XII. został ostatecznie uzupełniony (obacz poniżej). Wyjaśnień udziela prof. Ciechanowski (Wielopole 4).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 6. XI. posiedzenie, na którem Prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadek »*dermatitis herpetiformis Duhring*«, Dr Radliński przypadek choroby Littlea leczony wstrzykiwaniami wyskoku w nerwy, Doc. Gliński okaz mięsaka sutka i »*struma vicaria*« u nasady języka, poczem Dr Radliński miał zapowiedziany wykład. W rozprawach przemawiali: Prof. Kader i Dr Borzęcki.

— Wyszedł z druku i został rozesłany bezpłatnie wszystkim prenumeratorom »Przeglądu lekarskiego« Zeszyt III. Tomu I. »Rocznika lekarskiego«, wydawanego przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell. i Towarzystwo lekarskie krakowskie. Zeszyt ten zawiera następujące prace: 1) Wrzosek: Dalsze badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza. 2) Bujak: Przyczynek do badań widmowych krwi. 3) Radliński: Unaczynienie tętnicze powrózka nasiennego i jądra. Zastosowanie wyników badań do zabiegów, dotyczących powrózka nasiennego. — Następny zeszyt »Rocznika ma wyjść w grudniu r. b.

— Sprawa budowy szpitala epidemicznego w Krakowie, weszła, jak się właśnie dowiadujemy, w nowy okres. Wyczerpujące sprawozdanie wraz z wnioskami w tej sprawie opracował na życzenie Prezydenta miasta lekarz miejski Dr Schaitter. Przedmiot ten stanie obecnie zapewne na porządku dziennym obrad miejskiej komisyi sanitarnej, a ze względu na doniosłość sprawy nastąpić to powinno w czasie jak najbliższym. Z naszego stanowiska zajmiemy się też sprawą szpitala epidemicznego w Krakowie w czasie właściwym, zaliczamy ją bowiem do tych, których odkładanie z roku na rok pozostaje w sprzeczności z należytem pojmowaniem obowiązków co do zapobiegania chorobom zakaźnym, oraz tłumienia zarazy już istniejącej.

— Dzienniki donoszą, że rząd zatwierdził już plan robót regulacyjnych i kanalizacyjnych na Wiśle pod Krakowem kosztem 14 milionów koron. Pod względem sanitarnym ma m. i. znaczenie połączona z temi robotami budowa wielkiego kolektora dla kanałów miejskich, do której miasto przyczynia się kwotą 100.000 K.

— Krakowskie Towarzystwo ratunkowe walczy z podobnemi trudnościami finansowemi, jak lwowskie (ob. niżej). Czynności jego i wydatki wzrastają gwałtownie, a dochody, ograniczone na subwencyę m. Krakowa (2000 K.), niewielkie subwencye m. Podgórza, kraju, instytucyi finansowych i 2-koronowe wkładki 172 członków (aż tylu dostarcza 105.000 ludności liczący Kraków!), nie zwiększają się i oczywiście wystarczać nie mogą, pomimo, że dyżurni Pogotowia pełnią swe obowiązki bezinteresownie. Wobec tego wniosło Towarzystwo do Rady miejskiej prośbę, w której domaga się: 1) subwencyi w kwocie 6000 koron rocznie, 2) osobnej karetki dla ewentualnych cholerycznych, 3) dodania trzeciej pary koni i woźnicy, 4) podwyższenia płacy sanitaryuszy, rekrutujących się z »pomocników straży pożarnej«, 5) zaprowadzenia elektrycznego światła na stacyi, a wreszcie 6) wybudowania budynku dla stacyi ratunkowej. — Słuszne te żądania powinna Rada miejska bez odwłoki wypełnić.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia odbyła w ostatnim czasie 4 posiedzenia, z których 2 były prawie wyłącznie poświęcone sprawie grożącego niebezpieczeństwa zawleczenia cholery z Rosyi do Galicyi, tudzież sprawie tłumienia jej w takim razie. W tym celu powzięto szereg uchwał, a między innemi: 1) uznano potrzebę większej czystości w wielu budynkach stacyi kolejowych, w wychodkach na stacyach i w pociągach osobowych, dalej postanowiono 2) urządzić krótkie kursa dla lekarzy o istocie cholery azyatyckiej i sposobach jej tłumienia, 3) sprawić ruchomą pracownię bakteryologiczną dla badania przypadków cholerycznych, 4) oprócz ustanowionyeh już stacyi rewizyjnych w miejscach wchodowych z Rosyi do kraju, zalecić utworzenie dalszych stacyi od strony wschodniej, 5) studnie kopane we Lwowie, nieodpowiadające ustawie budowniczej, pozamykać stale, inne kopane, a ze względów higienicznych niezupełnie odpowiednie, pozamykać na czas trwania cholery, 6) polepszyć nadzór targowy nad przetworami spożywczymi we Lwowie, 7) podejrzanych o cholerę, jakoteż zaraz pierwszych chorych cholerycznych we Lwowie umieszczać w miejskim baraku cholerycznym, a nie w pawilonie szpitala powszechnego.

Nadto oprócz spraw, wspomnianych w Nrze 43 »Przeglądu« (str. 57), wydała Rada zdrowia na tych posiedzeniach opinię: 1) w sprawie zmiany taks leczenia także w szpitalach powiatowych w Białej, Brodach, Kołomyi, Sokalu; 2) w sprawie nowych okręgów sanitarnych w Piwnicznej (pow. nowosądecki), w Jazłowcu i Baryczu (pow. buczacki) i w Bilczu złotem (pow. borszczowski); 3) w sprawie rewakcynowania uczniów i uczennic w seminaryach nauczycielskich; 4) w sprawie używania solanki z Pomiarek w Truskawcu do celów leczniczych; 5) o planach szpitala dla matołków w Iwoniczu i szpitala powszechnego w Horodence; 6) w sprawie założenia prywatnych grobowców w Berezowicy wielkiej (pow. Tarnopol) i w Hucisku (pow. Wieliczka); 7) w sprawie udzielenia koncesyi na publiczną aptekę w Wełdzirzu. *T.*

(Mimowolnie nasuwa się tu uwaga, że niektóre z uchwał Krajowej Rady zdrowia w sprawie cholery same ilustrują słuszność żądania, by w Radzie zasiadało kilku członków z zachodniej części kraju. Niema wątpliwości, że stolica kraju jest w obecnym stanie rzeczy więcej zagrożoną, niż n. p. Kraków; niemniej na przygotowania przeciwcholeryczne i w Krakowie nie jest zawcześnie, a to tem więcej, że warunki higieniczne Krakowa wcale od lwowskich nie są lepsze, przyczem trzeba mieć na względzie wielkie przeludnienie i o wiele większy niedostatek miejskiej służby sanitarno-lekarskiej. A jednak Krajowa Rada zdrowia zajęła się tylko Lwowem, bo też niema teraz w Radzie tych, którymby zachodnia część kraju szczególnie na sercu leżała i którzyby podnieśli, że Kraków, chociaż dalej leży od gubernii zakażonych, niż Lwów, to jednak ze wspomnianych wyżej względów powinien być już teraz przyniewolony do energicznych środków zapobiegawczych. Nie zanosi się na to, aby Kraków sam bez nacisku zdobył się rychło na pomnożenie swego personalu sanitarnego, bez czego asanizacya, konieczna wobec zagrażającej krajowi od wschodu cholery, przewlekać się i chromać musi; niechby więc przynajmniej pod groźbą zarazy miasto Kraków zmuszone zostało niezwłocznie uczynić to, co według obowiązujących ustaw dawno uczynić było powinno. Ale na to trzebaby, aby Krajowa Rada zdrowia zajęła co do Krakowa równie stanowcze stanowisko, jak co do Lwowa; niewątpliwie impuls do tego wyszedłby w obecnej chwili od przedstawicieli zachodniej części kraju, gdyby nie to, że ich w Radzie zupełnie brakuje).

— Zarząd Towarzystwa ratunkowego lwowskiego zastanawiał się nad tem, czyby, wobec braku dostatecznego poparcia w społeczeństwie, Towarzystwa dobrowolnie nie rozwiązać. Mianowicie czynności Pogotowia i idące za tem koszta wzrastają gwałtownie, a dochody pozostają te same. Stąd niedobory, które pokrywała już niejednokrotnie ofiarność prezesa Towarzystwa, Dra Stroynowskiego. Za r. b. zagraża niedobór około 4500 K. obecnie zaś już doszedł on 1600 K., przyczem zupełnie brak środków na opłacenie lekarzy, (którzy ze względu na humanitarny cel instytucyi pobierają tylko po 50 hal. za godzinę pracy), służby i t. d. Wogóle ma Pogotowie 10.000 K. rocznego dochodu, z tego 3000 z wkładek członków, resztę z subwencyi miasta. Sejm daje ledwo kilkaset koron. (Wiedeńskie Pogotowie ma 400.000 K. rocznego dochodu). W tych warunkach nie dziw, że zastanawiano się nad rozwiązaniem Towarzystwa, dopóki jeszcze długi mają pokrycie w wartości inwentarza. Ponieważ instytucya taka upaść nie powinna, a na poparcie społeczeństwa istotnie niema co liczyć, przeto dzienniki lwowskie podniosły, że Pogotowie ratunkowe powinnoby objąć na swój koszt miasto, już i dziś łożące na nie sporo. I rzeczywiście lwowska Rada miejska uchwaliła 31. X. jednomyślnie wnioski Drów Piska,

Szpilmana i Mikołajskiego, a mianowicie postanowiła pokryć dotychczasowy niedobór, wyznaczyć komisyę dla zaradzenia złemu na przyszłość (przez zwiększenie subwencyi miejskiej lub całkowite objęcie Pogotowia przez miasto), tymczasem zaś wydatniej poprzeć Pogotowie (przez dostarczenie drugiej pary koni i t. d.).

Warszawa. Ponieważ prawo o przekazaniu szpitali warszawskich magistratowi wydane zostało na mocy § 87 zasadniczych praw państwa, wymaga ono jeszcze zatwierdzenia przez Dumę. Otóż ministeryum spraw wewnętrznych poleciło, by szpitale, oraz wszelkie wogóle instytucye, pozostające pod zarządem Miejskiej Rady Dobr., były oddane, chociażby tylko w ogólnych zarysach, magistratowi przed dniem 14. XI., t. j. przed otwarciem Dumy. Tymczasem komisya szpitalniana, (do której dodatkowo wezwano szereg obywateli, m. i. prof. J. Kosińskiego), nie zdążyła dotychczas dokonać najważniejszego nawet zadania, t. j. spisu inwentarza. — Obejmując szpitale, magistrat znajdzie się w niesłychanie trudnych warunkach finansowych. Do uregulowania nieudolnej gospodarki Rady potrzeba 1,500.000 rb., mianowicie na wyrównanie długów, pozostałych do końca r. 1906 170.000 rb., na pokrycie niedoborów r. 1907 i 1908 po 400.000 rb., (fundusze szpitalne same nie wystarczą), na uporządkowanie i przebudowę gmachów szpitalnych 300.000 rb., wreszcie na utrzymanie w ciągu lat 2 spadłych z etatu urzędników M. Rady Dobr., jakoteż na sporządzenie inwentarza, majątków i kapitałów szpitali itd. 150.000 rb. Wobec tego postanowił magistrat zaciągnąć tej wysokości 4 prc. pożyczkę z zapasowego kapitału ubezpieczeniowego m. Warszawy ze spłatą na lat 15 i wystąpił do władzy wyższej o upoważnienie do jej zaciągnięcia. — Za pierwszy swój obowiązek po objęciu szpitali uważa miasto bezzwłoczne powiększenie liczby łóżek. Że zaś na budowę nowych i rozszerzenie już istniejących szpitali brak jest na razie funduszów, powzięto zamiar usunąć ze szpitali wszystkich tych chorych, którzy nie potrzebują ciągłej pomocy lekarskiej i na zaopiekowanie się nimi przeznaczyć 200.000 rb. Budżet roczny szpitali, jak się okazało, trzeba będzie powiększyć o 800.000 rb. Dlatego to projektowane jest nałożenie podatku szpitalnego na wszystkich bez wyjątku mieszkańców Warszawy.

Nadzór nad prywatnemi instytucyami dobroczynnemi po skasowaniu M. Rady Dobr. miał przejść do kancelaryi generał-gubernatora. Obecnie powstał projekt przekazania tego nadzoru oberpolicmajstrowi.

Tymczasowy oddział szpitalny dla chorych zakaźnych przy ul. Złotej w budynku, w którym były koszary wojskowe, urządzany jest pospiesznie tak, by 14. XI. r. b. był już gotów. Koszt przeróbki gmachu z koszar na szpital obliczono na 9500 rb., tworząc na razie łóżek 50, budynki mogą jednak pomieścić 300.

Projekt rozszerzenia szpitala w Tworkach, o którym donosiłem, jest projektem dalekiej przyszłości. Pociągnęłoby to bowiem za sobą wydatek 300.000 rb., na jaki władze gubernialne nie prędko się zdobędą.

Stosownie do uchwały X. Zjazdu lek. i przyr. polskich tutejsza Sekcya chemiczna przy Tow. popierania przemysłu i handlu przystąpiła do zawiązania »Towarzystwa chemików polskich« z siedzibą w Warszawie. Do komisyi statutowej weszli: Dr Bielecki, inż. Benstefson, mag. Mutniański i Prof. Znatowicz oraz prezydyum sekcyi w osobach pp.: Wł. Lepperta i Dr Weila.

W szpitalu św. Ducha zaszedł w tych dniach ciekawy incydent. Jeden z posługaczów szpitalnych brał od chorych w ambulatoryum datki. Otóż usunięto go, a na jego miejsce przyjęto innego. Ogół jednak posługaczów oparł się temu, zagroził strejkiem, a przyjętego nowego posługacza wyrzucił w worku na ulicę. W sprawę tę wdali się lekarze szpitala św. Ducha: Borzymowski, Purytz i Drabczyk. Przesłuchawszy posługaczy, postanowiono przyjąć wydalonego posługacza, a usunąć nowego. Gdy na to nie zgodziła się administracya szpitala, zgłosili się do szpitala »delegaci« jakiejś »partyi« i starali się terrorem zmusić administracyę do przyjęcia dawnego posługacza. Policya, uwiadomiona o tem zajściu, uwięziła wszystkich trzech lekarzy i 4. posługaczy. Dr Borzymowskiego wypuszczono w kilka godzin, dr Purytza uwolniono po kilku dniach, a dziś uwolniono i Dr Drabczyka. *Dr Ł.*

— Uwięziono Dr Fabjana Zapałkiewicza, Dr Pawła Jankowskiego, Dr Sachsa i Dr Bychowskiego.

— W d. 31. X. odbyło się pierwsze posiedzenie naukowe świeżo zawiązanego Polskiego Towarzystwa psychologicznego.

— W ubiegłym tygodniu przystąpiono do budowy nowego szpitala dla dzieci w Lublinie. Szpital ten będzie się mieścił przy ul. Szarytkowskiej, naprzeciw szpitala Szarytek. Plan gmachu szpitalnego został sporządzony przez p. Dziekońskiego, budowniczego z Warszawy. Z wiosną r. p. będzie rozpoczęta robota przy budowie trzech budynków frontowych, z których środkowy, jako główny, będzie 2-piętrowy, oraz dwóch pawilonów: dla chorób zakaźnych i dezynfekcyjnego.

— Staraniem miejscowego zarządu weterynaryjnego powstaje w Miechowie laboratoryum bakteryologiczne, którem zarządzać będzie powiatowy lekarz weterynaryi Malawski.

— Do trzeciej »dumy« wejdzie z Królestwa Polskiego nieproporcyonalnie wielu lekarzy, bo 3 na 14 posłów: Dr Jan Harusewicz z łomżyńskiego, Dr Józef Świeżyński z radomskiego i Dr Antoni Rząd z Łodzi.

Wilno. W tych dniach otwarto w Wilnie przy ul. Starej schronisko i lecznicę dla opilców na 10 łóżek.

Z różnych stron. Jak już donosiliśmy, zawiązało się niedawno i uzyskało zatwierdzenie władz polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie. Dzienniki donoszą, że pierwsze posiedzenie Towarzystwa, powstałego z inicyatywy Dr M. Kozłowskiego, M. Łązyńskiego i J. Sochackiego, odbyło się 31. X. w lecznicy chirurgicznej przy bulwarze Bibikowskim. Oprócz zadań naukowych postawiło sobie Towarzystwo za cel krzewienie wśród miejscowej ludności polskiej zasad higieny. Presem Towarzystwa obrano Dr Konrada Rumszewicza.

Nowemu Towarzystwu lekarskiemu polskiemu składamy najszczersze życzenia szybkiego rozwoju i płodnej pracy. Z upadkiem »Aten wołyńskich« przeniosła fala młodzieży naszej do Kijowa krzemienieckie tradycye, snując ich nić przez szereg pokoleń. Niechże nowe Towarzystwo stanie się osią ruchu naukowego, któryby wskazał, że nić ta nie zerwała się i że promienie, które padły niegdyś z naszego kresowego ogniska oświaty szeroko i daleko, do dziś dnia nie zgasły.

— W Pradze obchodzono 5. XI. uroczyście 60-tą rocznicę urodzin Prof. Maixnera, wybitnego czeskiego internisty.

— W szpitalach berlińskich postanowiono zaprowadzić kursa kształcenia służby szpitalnej.

— W berlińskich szpitalach dziecięcych będą wobec doświadczeń, zebranych ostatniego lata w szpitalu »Am Urban« w przypadkach choleryny, przyjmowane w razie potrzeby mamki.

— Według zestawienia Dra Stickera wyszło od r. 1902 niemniej jak 3395 prac o raku, z tego 1960 niemieckich, 607 angielskich, 549 francuskich, 113 włoskich, 70 polskich i rosyjskich, 37 skandynawskich i t. p.!

Zmarli. Dr Ludwik Bernstein, Warszawianin, emigrant z 1863 r., zmarł w Lismore w Nowej Południowej Walii w 70 r. ż. Wydział lekarski ukończył w Heidelbergu, poczem studyował chirurgię w Paryżu i Edymburgu. W Lismore stworzył szpital i przytułek i różne instytucye społeczne. Wybierano go kilkakrotnie radnym miejskim i burmistrzem i oddano mu stanowisko okręgowego lekarza rządowego. (»Kurj. Warsz.« 302).

Redakcya otrzymała. Giedroyć Fr.: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. Warszawa 1907 (odb. z »Kron. lek.«). — Welecki: Przyczynek do znajomości fizyologicznego działania nadnercza i adrenaliny. Kraków. Ak. Um. 1907. — Sędziak: Etyologia porażeń nn. krtaniowych dolnych. »Kronika lek.« 1907. — W. Świątecki: The estimation of sugar in urine by means of caustic alkali. »The Lancet« XXI. Vol. I. 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 13. listopada o godz. 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Demonstracye. 2) Sprawa państwowej ustawy o chorobach zakaźnych; zagai kol. prof. Ciechanowski.

Po posiedzeniu wspólna **wieczerza koleżeńska.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Maść formaldehydowa Bernatzika jest niezawodnym, klinicznie wypróbowanym oraz przez wielu lekarzy stosowanym środkiem przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg, a nawet odmrożeniu. *Ll.*

Extractum chinae Nanning (Dr E. Toff, Zentralblatt, Nr 11, 1905). Stosowanie gorzkich środków, a właściwie przetworów chinowych, znane jest oddawna w leczeniu spraw chorobowych

żołądka w celu podniesienia apetytu i wydzieliny oraz, jak to udowodnił Dr Koch, w celach odkażania narządu trawienia. Dobry wyciąg z chiny jest więc bardzo pożądany. Używanie gliceryny (do osłody lub lepszego konserwowania chininy) lub innych domieszek w tym rodzaju jest szkodliwe. Wprowadzenie wodnego wyciągu chininy Nanninga do lecznictwa wydało, jak wykazały doświadczenia kilka autorów, doskonałe wyniki. Wyciąg ten sporządzany bywa z najlepszej czerwonej chiny, bez domieszek wyskoku; żywicę i inne składniki chiny, oprócz kwasu chinowego, usuwa się. Autor stosował wyciąg chinowy Nanninga w 26 przypadkach z pomyślnym skutkiem przy przewlekłym nieżycie żołądka, utrudnionem trawieniu i t. p. Samo przez się rozumie się, że Extr. chinae Nanning nie należy uważać za jedyny, uniwersalny środek w chorobach żołądka. *Ng.*

Visvit (Dr Otto Willke »Medico«, Nr 30, 1907) posiada wielką odżywczą własność, zdolność łatwego przyswajania się, oraz miły smak. Podawany przy niedokrwistości i osłabieniu przyczynia się do zwiększenia czerwonych ciałek krwi (w przypadku przez autora opisanym z 2,600,000 na 5,000,000). Przy wrzodzie żołądka stosował W. z doskonałym wynikiem visvit z mlekiem (na $^1/_4$ litra mleka 3 łyżeczki visvitu), podnosząc w ten sposób wartość odżywczą pokarmu dzięki znacznej ilości białka, zawartego w tym leku. Autor radzi stosować visvit w przypadkach ogólnego osłabienia, gdy zmniejsza się ilość hemoglobiny we krwi, przy dnie, cukrzycy i zapaleniu nerek.

Visvit sprzyja wzrostowi kości i działa uspokajająco na układ nerwowy. Zawarte w visvicie węglowodany w rzadkich tylko przypadkach mogą przeszkadzać wśród leczenia tych przypadków, gdzie podawanie ich jest zabronione. Pomijając te wyjątkowe przypadki, jest visvit z powodu braku działania drażniącego i braku istot wyciągowych w przypadkach cukrzycy, zawsze grożącej zapaleniem nerek, szczególnie wskazany. *Hr.*

Kursa dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie

2. do 21. grudnia 1907.

Wyjaśnień udziela i zgłoszenia przyjmuje prof. Ciechanowski (Wielopole 4).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26 listopada do 2 grudnia 1907.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dni powszednie, t. j. prócz niedziel. Tylko kurs prof. Kadera będzie także i w niedzielę.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się w niedziele 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteryologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 K. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Najprostsze sposoby rozpoznawania bakteryi chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Chemia lekarska.

Prof. Marchlewski wspólnie z asystentami Dr Koźniewskim i Dr. Mostowskim: Ćwiczenia praktyczne w chemii lekarskiej. W zakładzie chemii lek. (Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki i środy od 3—6 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Anatomia patologiczna, histologia praktyczna.

Prof. Ciechanowski: Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna z ćwiczeniami w sekcyach. W zakładzie anatomii patolog. (Collegium medicum, Grzegórzecka 22). 6 godzin tygodniowo, codziennie od 2—3 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Prof. Maziarski: Technika histologiczna (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie fizyologicznym (Collegium medicum). 5 godzin tygodniowo, w środy i soboty od 2—4½ popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Doc. Gliński: Dyagnostyka mikroskopowa guzów chorobowych z uwzględnieniem główniejszych metod badania. W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum), 8 godzin tygodniowo, w poniedziałki, wtorki, czwartki i piątki od 2—4 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz: Demonstracye ważniejszych przypadków klinicznych. W klinice lekarskiej (ulica Kopernika). Jedna godzina tygodniowo (w porze porannej, później oznaczyć się mającej). Czesne 10 kor.

Prof. Jaworski: O znaczeniu uodpornienia i leczenia surowicami w zastosowaniu klinicznem. Miejsce: Klinika lekarska. Wogóle 2 godziny (w porze później oznaczyć się mającej). — »Publicum« dla wszystkich uczestników kursu (bez osobnego czesnego).

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób wewnętrznych (ćwiczenia praktyczne) na materyale przychodnim. W klinice lekarskiej (ul. Kopernika). 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano. Czesne 20 kor. Liczba uczestników nieograniczona.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (Klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 12 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godz. tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Prof. Kader wraz z asystentem Dr Radlińskim: Ćwiczenia teoretyczne i praktyczne z chirurgii szczegółowej. W klinice chirurgicznej (Kopernika 40). 14 godzin tygodniowo, codz. nie wyjmując Niedziel. Od 2. do 8. XII. od godz. 9—11 rano, od 9—21. XII. od 11—1 w południe. Czesne 60 koron. Najmniej 4, najwyżej 8 słuchaczy.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznych chorób dzieci. W szpitalu św. Ludwika (ul. Strzelecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 11—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników. 2) Przepukliny urazowe. »Publicum« bez osobnego czesnego, w dniach i godzinach, które później się oznaczy.

Anatomia topograficzna.

Prof. Bochenek: Topografia narządów miednicy, z demonstracyami. W zakładzie anatomii opisowej (Kopernika 12). 3 godziny tygodniowo, w poniedziałki, wtorki i środy od 6—7 wieczór. Czesne 15 koron. Najmniej 10 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Doc. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5 do 7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od 8½ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami: Dr Cetnarowskim, Jaworowskim i Morawskim: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15), 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Doc. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Doc. Braun: Ćwiczenia w operacyach położniczych na fantomie. W klinice położniczej (Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od 5—6 wieczór. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 8 uczestników.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka) 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9. Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10. Dermatologia i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
9—10. Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11. Chirurgia (Prof. Bossowski) codz. — Prof. Kader i Dr Radliński od 2—8. XII. codz.
10—11. Położnictwo (Doc. Dobrowolski) codz.
10—12. Pedyatrya (Prof. Lewkowicz).— Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—12. Chirurgia dzieci (Doc. Rutkowski) codz. prócz sobót.
11—1. Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki. — Chirurgia (Prof. Kader i Dr Radliński) od 9—22. XII, codz.
12—1. Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona. | Medycyna wewn. (Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz) 1 g. tyg.
2—3. Dyagnostyka anatom. patol. (Prof. Ciechanowski) codz.
2—4½. Technika histol. (Prof. Maziarski) środy i soboty.—Dyagnostyka histopatologiczna (Doc. Gliński) inne dni.
3—5. Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
3—6. Chemia lek. (Prof. Marchlewski) poniedz. i środy.
4—5. Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6. Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6. Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Operacye położnicze na fantomie (Doc. Braun), codz. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codziennie.
5—7. Badania laryngol. (Doc. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—7. Anatomia topogr. miednicy (Prof. Bochenek) poniedz., wtorki, środy.
6—8. Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid), wtorki i czwartki.
Pora popołudn. na razie nie oznaczona. | Wziernikowanie oka. Przepukliny urazowe (Doc. Rutkowski).

Zimowy Zakład hydropatyczny Dr Ebersa na **LIDO** pod WENECYĄ otwarty corocznie od 15 paźdz. do 1-go maja.

Najnowsze urządzenia lecznicze, komfort wzorowy.

Piersiowo i umysłowo chorych nie przyjmuje.

Droga z Wiednia 14½ godzin, wozy wprost. Prospekty na żądanie. 307

Koresp. po polsku. Koresp. po polsku.

Adres: Dr d'EBERS, Lido-Venezia, Italia

Wyrób i główny skład u Karola Jahra, apt. w Krakowie.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"

Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr" polecane są z dobrym skutkiem przy błednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p.

Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk, dla dorosłych 6—9 sztuk.

Tylko w oryginalnych pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 koron 50 halerzy. 215

Składy we wszystkich aptekach.

Basler Chemische Fabrik, Basel (Schweiz).

Adres dla Niemiec i Austro-Węgier:

LEOPOLDSHÖHE (Baden).

Kryofin najszybszy i najpewniejszy środek przeciwgorączkowy i znieczulający, szczególniej przy rwie kulszowej i wszystkich postaciach bólu głowy.

Vioform zastępuje najlepiej jodoform, bez zapachu i daje się wyjaławiać.

Ferratogen (nuklein żelaza), nie ulega działaniu soku żołądkowego, nie sprawia dolegliwości żołądkowych.

Sulfurol zastępuje zupełnie ammonium sulfoichtyolicum.

85

Piśmiennictwo i próbki,

jakoteż wszelkie wyjaśnienia do rozporządzenia.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8.50. z przesyłką pocztową Rbs. 9.

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego" Kraków, w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

208

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy **gratis** i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.